Antrag auf Förderung der Zulassung als Vertragszahnärztin oder Vertragszahnarzt nach § 95 Abs. 2 SGB V

Angaben zur Antragstellerin / zum Antragsteller:

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers _____
Titel, Name, Vorname

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

_____
Geburtsdatum

_____ _____
E-Mail-Adresse Telefonnummer

Angaben zur Zulassung

Es handelt sich um eine

☐ Vollzulassung ☐ Teilzulassung

als

☐ Zahnärztin bzw. Zahnarzt ☐ Kieferorthopädin bzw. Kieferorthopäde

☐ (Fachzahnarztanerkennung liegt bei)

Datum der Antragstellung auf Zulassung: _____

Angaben zur Praxis

_____
Datum der Aufnahme der geplanten der Tätigkeit (Niederlassung)

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Die Praxis wird geführt als

☐ Einzelpraxis

☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) _____
Name der weiteren zugelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte

☐ Hiermit bestätige ich, dass ein Antrag auf Zulassung als Vertragszahnärztin bzw. Vertragszahnarzt bereits bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Niedersachsen vorliegt und mit den hier aufgeführten Daten übereinstimmt. Eine Kopie des Antrags ist beigefügt.

☐ Ich beabsichtige, den geförderten Praxissitz für eine Zeit von mindestens fünf Jahren (Bindungsfrist) zu führen und verpflichte mich, bei einer vorzeitigen Praxisverlegung oder -aufgabe die Fördersumme entsprechend der Dauer meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit anteilig entsprechend § 5 Abs. 5 der Förderrichtlinie zurückzuzahlen.

☐ Ich sichere zu, dass ich den Förderbetrag für den angegebenen Verwendungszweck verwende und werde auf Anforderung der KZVN die Mittelverwendung für die Dauer der Bindungsfrist nachweisen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. Mir ist bekannt, dass bei Eintritt in eine BAG die Fördersumme auf das Abrechnungskonto der BAG gezahlt wird.

Die datenschutzrechtlichen Informationen habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Versteuerung der Fördersumme obliegt der Antragstellerin / dem Antragsteller.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers